

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche



République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

F.M.O.S.

Année universitaire :2014-2015 N°

/..../

Thèse

*Etude épidémio- clinique des violences faites
aux femmes reçues dans le service de Gynécologie et
d'Obstétrique du Centre de Sante de Référence de la
Commune V (CSRéf C.V) du District de Bamako.*

Par **ASSETOU DIALLO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLOME D'ÉTAT*)

Jury

Président : Professeur **SANGHO HAMADOUNE**

Membre : Docteur **THERA TIOUNKANI AUGUSTIN**

Co-directeur: Docteur **TRAORE OUMAR Moussokoro**

Directeur : Professeur **ISSA DIARRA**

DEDICACES

« **BISMILLAH** **ARRAHMANI** **ARRAHIM** »

Au nom de Dieu clément et miséricordieux.

Je dédie cette thèse à **ALLAH le tout puissant**.

Je te prie seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi.

Fasses que je me souvienne toujours de toi et en toute circonstance et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « **Chahada** ».

En toi, je remets toute mon existence, tu étais là au début de ce travail, tu as guidé mes pas selon ta volonté. Tu es là à la fin de ce travail. Tu resteras toujours avec moi et avec les autres qui te louent.

Rien ne me manque, et je ne crains que toi. Acceptes, mon Dieu cet humble et modeste fruit de ta franche bonté et de ton immense amour.

A MON PERE ALY DIALLO

Grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Trouve ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices. Puisse ce travail être le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Je te souhaite une longue vie.

A MA MERE MAIMOUNA DIALLO

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton courage, ta modestie et ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour nous. Ton amour pour nous, t'a poussé à d'énormes sacrifices.

Pour moi, chère mère, tu restes un exemple car les épreuves de la vie et singulièrement celle du mariage ne t'ont pas empêché de te battre pour l'éducation et surtout la réussite de tes enfants. Que tous tes vœux soient exaucés et que Dieu te donne une bonne santé et une longue vie pour admirer le fruit de tes efforts.

A ma tante MARIETOU KEBE

A chacune de mes demandes à la hauteur de tes capacités, tu m'as comblé.

Saches que je n'oublierai pas ce que tu as fait pour moi.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

Je te remercie.

A mes frères : Oumar, Younouss, Mohamed, Ibrahim, Adama, Hamza, Bouba et
sœurs : Fatou, Oumou, Ami, Awa, Maimouna, Koudjedji, Kadi.

Pour tous les sacrifices que vous avez consentis, vos conseils ne m'ont jamais manqué tout au long de mes études.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon affection.

Que notre famille se maintienne et demeure plus que hier unie. Ce travail est le vôtre.

A Mon mari YOUSOUF DIALLO

Je ne cesserai jamais de remercier le bon Dieu d'avoir fait en sorte que nos chemins soient croisés, j'ai toujours pu compter sur toi et je te dois tout. Les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance, ce travail est le fruit de tes efforts.

A Mon fils Aly :

Pour l'amour maternel, soit rassuré de toute mon affection. J'espère que tu feras plus que moi, car seuls le travail et l'espoir en soi sont les clefs de la réussite.

Je te dis courage et bonne chance dans la vie.

A mes oncles et mes tantes, cousins et cousines.

Vos soutiens ne m'ont à aucun moment fait défaut. Accordez-moi l'occasion d'exprimer ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi Vous qui m'avez toujours soutenu dans toutes les entreprises de la vie, tout mon attachement et toute ma disponibilité

A toute ma famille et belle famille de Bamako, de Kayes, de Dakar, de la France, du Gabon et d'Abidjan.

Pour vos concours, vos conseils et bénédictions. Trouvez – ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance et de ma profonde gratitude. Que ce travail soit un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien. Ce jour est aussi le votre.

A mes amies et collègues de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie :

Kadidiatou Diarra, Fatoumata Diarra, Malado Coulibaly et Mariam Goita :

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et de mes secrets.

Vous avez fait tout ce qu'on peut attendre d'une amie.

Je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur autant dans votre vie professionnelle que privée.

REMERCIEMENTS

A mes chers maîtres formateurs :

Dr Traoré OM, Dr Traoré S.O, Dr Silimana Fanta, Dr Sissoko Hamady, Dr Camara Daouda.

Merci chers maîtres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

A mes amis Médecins et Internes :

Issa Sy, Belco Tamboura, Badian Dembélé, Karounga Camara, Harouna Diané, Madigata Doucara, Amadou Coulibaly, Aly Coulibaly, Diakité Alassane, Souleymane Diallo, Sekou Sissoko et équipe, Idrissa Danioko et équipe, Kokena Oumar et équipe, Marou Coulibaly, Aramatou Koita et équipe, Bintou camara, Mme kondo Safiatou, Elisabeth Diarra, Cheick Fanta Mady Doumbia ; pour moi vous êtes comme des frères et sœurs, recevez chers amis, mes salutations, les meilleures.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

A tous les Enseignants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO :	Association de Santé Communautaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS :	Centre National de Transfusion sanguine
C V :	Commune V
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé du Mali
MGF :	Mutilation Génitale Féminine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
USAC :	Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
% :	Pourcentage

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur HAMADOUN SANGHO

Professeur titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Directeur Général du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS) ;

Chef du DER en Santé Publique et Spécialités

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Que le tout puissant vous accorde sa grâce et qu'il réalise vos vœux.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR ISSA DIARRA

- ***Maître de Conférences en Gynécologie Obstétrique à la FMOS***
- ***Chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg***
- ***Ancien DG de la Direction Central du Service de Santé des Armées***
- ***Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali***
- ***Colonel Major de l'Armée Malienne***

CHER MAÎTRE

Vos qualités exceptionnelles de formateur ont forcé notre admiration. Vos qualités humaines et scientifiques ont vite retenu notre attention. Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait, la persévérance et la précision. Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect. Que Dieu réalise vos vœux !

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

DOCTEUR THERA TIOUNKANI AUGUSTIN

- *Maître Assistant de Gynécologie Obstétrique à la FMOS*
- *Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point-G*
- *Membre de la SOMAGO*

CHER MAÎTRE

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande modestie et surtout la qualité de vos enseignements font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être à la hauteur de votre confiance et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde et sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE OUMAR MOUSSOKORO

- Gynécologue-Obstétricien au CSRéf CV

- Praticien dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

CHER MAÎTRE

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de co-diriger ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique et ainsi que vos qualités professionnelles ont suscité notre grande estime et notre profond respect. Veuillez trouver ici, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1-2
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	4-27
IV. METHODOLOGIE	28-33
V. RESULTATS	34-48
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	49-56
CONCLUSION	57
RECOMMANDATIONS	58
REFERENCES	59-62
ANNEXES	63-68

I. INTRODUCTION

La violence à l'égard des femmes a été récemment reconnue comme étant un problème d'atteinte aux droits de la femme [1]. La Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes a défini dans son article 1^{er} la violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin causant et ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » [2].

La violence faite aux femmes peut être physique, psychologique ou sexuelle. Les femmes y sont exposées depuis la naissance jusqu'à la mort, en temps de paix comme en temps de guerre. La violence sexuelle spécifique peut avoir les conséquences directes ou indirectes suivantes sur la santé génésique d'une femme: grossesses non désirées, la frigidité, avortements insalubres et ses complications, les infections sexuellement transmissibles et VIH/sida (Virus de l'Immunodéficience Humaine/syndrome d'Immunodéficience acquise) etc...[3].

En effet un rapport du Fond des Nations Unies pour la Population dénombreait, en 2013, à plus de trois mille cas de violences faites aux femmes au Mali dont 320 crimes sexuels.

En Corée 30% de femmes dans le cadre de la relation intime, ont affirmé avoir reçu des sévices physiques ; en Inde 45% des hommes ont reconnu avoir maltraité leurs femmes ; au Kenya au moins 60 femmes ont été tuées durant les sévices conjugaux en 1998 et 1999. [4]

Aux Etats Unis d'Amérique une femme est battue toutes les quinze secondes et quatre femmes battues meurent chaque jour [5].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour.

Concernant les recherches qui ont été faites sur ce thème, plusieurs institutions nationales et internationales dont la Banque mondiale ont publié des articles concernant le phénomène de la maltraitance des femmes dans le monde.

La violence des femmes dans le monde a conduit le 18 décembre 1979 à l'adoption de la convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes par l'Assemblée des Nations Unies et entrée en vigueur en 1981 [6].

Aux cours des années 1990 la violence contre les femmes va figurer parmi les éléments qui ont polarisé l'attention des milieux internationaux.

Et d'importantes mesures sont prises en faveur des femmes pour la reconnaissance de leur droit.

En 1993, l'Assemblée Générale des Nations Unies donne le ton avec la déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes [7].

Le Fonds des Nations Unies pour la population en 1999 déclare que la violence contre les femmes est une priorité de santé [7].

Ce sujet continue d'être traité par d'autres personnes du fait de son importance et de son actualité.

Nous assistons aussi à la naissance de plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) de lutte et de défense des droits de la femme et l'innovation de la journée mondiale de la femme célébrée chaque 08 mars depuis le 08 mars 1857.

En raison de la gravité des violences et de lourdes conséquences socioéconomique et sanitaire qu'ils engendrent chez les femmes qui représentent une couche vulnérable de la population, il nous a paru opportun d'initier une étude épidémiologique des violences faites aux femmes reçues dans les services de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V à fin d'améliorer la prise en charge, visant les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

1. Objectif Général :

Etudier l'aspect épidémiologique-clinique des violences faites aux femmes reçues dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des violences faites aux femmes reçues dans le service.
- Déterminer les types des violences et leurs conséquences physiques et sociales.
- Décrire la prise en charge des patientes victimes de violences reçues dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.
- Formuler des recommandations visant à mettre fin aux violences faites aux femmes.

III. GÉNÉRALITÉS

A. GÉNÉRALITÉ SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

a-Définitions : Les violences sexuelles englobent plusieurs concepts : le viol, l'attentat à la pudeur, l'attouchement, l'outrage public, le harcèlement sexuel.

- 1- **Le viol** est un acte de pénétration sexuelle par violence, contrainte, menace ou surprise. Il s'agit d'un acte pénal, donc puni par la loi.
- 2- **L'attentat à la pudeur** est un acte impudique commis sur une personne non consentante ou incapable d'un consentement valable, de nature à offenser sa pudeur en lieu privé ou public (exemple : la pédophilie).
- 3- **L'outrage public** est un ensemble de faits et gestes attentatoires à la pudeur commis en public par un individu sur lui-même (exemple : L'exhibition) ou sur une autre personne.
- 4- **Le harcèlement sexuel** consiste en une violence morale exercée sur la personne d'autrui, sur le lieu de travail.
- 5- **L'attouchement** est l'action de toucher légèrement en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives.

b- Epidémiologie :

La fréquence est diversement appréciée dans la littérature Africaine ou mondiale du fait de la rareté des études hospitalières sur le sujet.

Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an.

Ce taux de violence sexuelle a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis [19] passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus, les données rapportées dans la littérature sont disparates et proviennent des cas rapportés par la police, des structures de santé, des organisations internationales et des centres de recherche.

Le département de la justice aux Etats Unis en 2003 a rapporté que 39% de cas des violences sexuelles ont été commis sur des femmes au cours de l'année 2002. Le département de santé des enfants aux Etats-Unis en 2005 rapporte que 2/1000 enfants reçus dans les structures de protection des enfants sont victimes d'abus sexuels, et dans 6% des cas il s'agit des cas d'étudiants [26].

Les études Africaines font surtout état de cas survenus dans des écoles comme en Afrique du Sud (5%), ou ceux rapportés par les tribunaux comme au Rwanda (15%) [16], car les violences sexuelles ne sont pas adressées systématiquement aux structures de santé.

c- Rappel anatomique :

1- Le Périnée de la femme :

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées au dessous du diaphragme pelvien.

Dans la terminologie obstétricale courante, le périnée se limite à la région comprise entre l'anus et l'orifice vaginal.

C'est la région la plus intéressée par les déchirures.

En station verticale le périnée est une fente comprise entre l'extrémité supérieure des cuisses se prolongeant en avant par le pubis et en arrière le sillon inter fessier.

En position gynécologique : forme losangique à grand axe antéro-postérieur dont les angles sont définis par symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, les tubérosités bi ischiatiques latéralement.

La ligne bi ischiatique le divise en deux régions :

- En avant le périnée urogénital (diaphragme urogénital)
- En arrière le périnée anal.

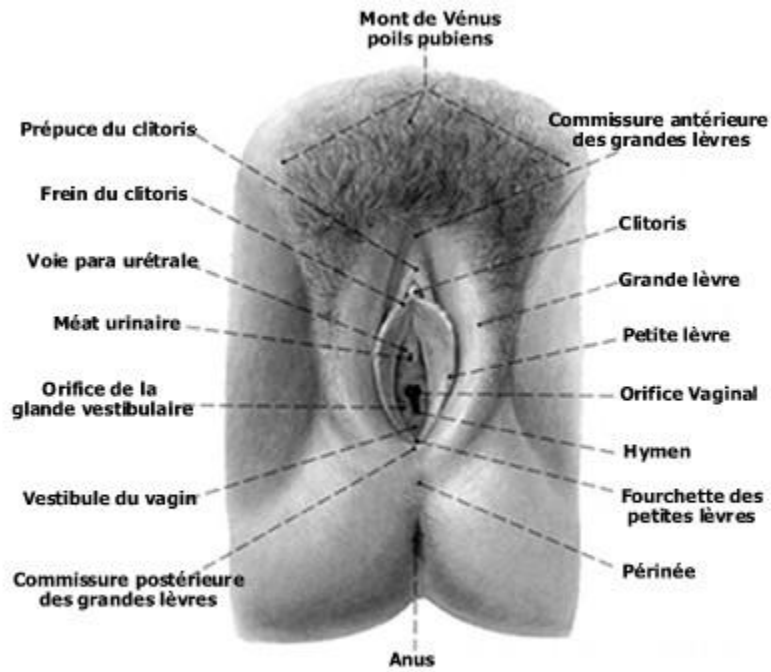


Figure 2 : périnée et organes génitaux externes féminins

2- Le vagin :

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve.

Il est compris entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière. Il se fixe sur le col en haut. En bas, la limite entre le vagin et la vulve constitue l'hymen chez la femme vierge.

La surface interne du vagin est le siège de plis transversaux ou rides vaginales qui sont des épaissements de la muqueuse vaginale et des crêtes longitudinales ou colonnes des rides qui sont des zones érogènes.

Le vagin est constitué de trois tuniques :

- L'adventice, qui est une dépendance du fascia pelvien, est blanchâtre et conjonctive;
- La musculuse est épaisse, rougeâtre, constituée de fibres musculaires lisses disposées en deux plans (superficiel et profond),
- La muqueuse est composée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé et d'un chorion sous-jacent. Avant la puberté, l'épithélium est plus ou moins atrophié.

La vascularisation du vagin et de la vulve est assurée par :

- L'artère utérine qui donne des rameaux cervico-vaginaux et vésico-vaginaux irriguant le segment supérieur des faces antérieures et postérieures ;
- L'artère vaginale qui naît directement de l'artère iliaque interne ou d'un tronc commun avec l'utérine ou la rectale moyenne; ses branches abordent le vagin dans son segment moyen, s'anastomosent entre elles sur les faces antérieures et postérieures sur la ligne médiane pour donner l'artère Azygos du vagin;
- L'artère rectale moyenne donne des rameaux au segment inférieur de la face postérieure.

Le drainage veineux se fait vers les veines utérines en arrière, les veines rectales en haut et les veines honteuses internes en bas.

Le drainage lymphatique se fait vers le réseau péri vaginal en trois pédicules efférents : un supérieur, moyen et inférieur.

L'innervation est assurée par des noeuds iliaques internes et le nerf honteux interne.

3- L'hymen :

Chez la femme vierge, le vagin et la vulve sont séparés par une membrane fine qui disparaît le plus souvent lors du premier coït complet : c'est l'hymen. Il s'agit d'une charpente conjonctive constituée de vaisseaux, de nerfs, de quelques fibres musculaires lisses et une muqueuse vaginale.

L'hymen est un réseau muqueux incomplet; septum transversal anatomique spécifiquement humain, placé horizontalement chez le sujet en station debout. Il est de résistance variable. On distingue trois types d'hymen selon Testut [27] :

- L'hymen semi-lunaire ou arciforme: formé d'un croissant à concavité antérieure dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure et aux bords latéraux du vagin;
- L'hymen annulaire : formé d'une membrane percée d'un trou; lorsqu'il existe de multiples orifices ponctiformes: on parle d'hymen cribiforme,
- L'hymen labié qui présente une fente antéropostérieure séparant les deux lèvres latérales. Lorsque les lèvres sont dentelées, on parle d'hymen en frange. Le sillon vulvo-hyménal ou nympho-hyménal sépare le bord adhérent des petites lèvres.

Les modifications de l'hymen au cours de la copulation sont variables et sont fonction de sa forme et de sa consistance.

Au premier coït complet, l'hymen se rompt dans la majorité des cas avec saignement minime et douleur, les lambeaux cicatrisés donnent des caroncules hyméneaux.

Parfois il se dilate seulement sans rupture ni saignement: on parle d'hymen extensible, élastique ou hymen tolérant. Ils sont aussi appelés « hymens complaisants des légistes».

Parfois l'hymen peut être rigide et infranchissable nécessitant une résection chirurgicale partielle ou totale.

L'inspection apprécie également l'état des faces internes des cuisses à la recherche de traces de violences (griffures, blessures), la région vulvo-périnéale, les petites et les grandes lèvres à la recherche de lésions traumatiques.

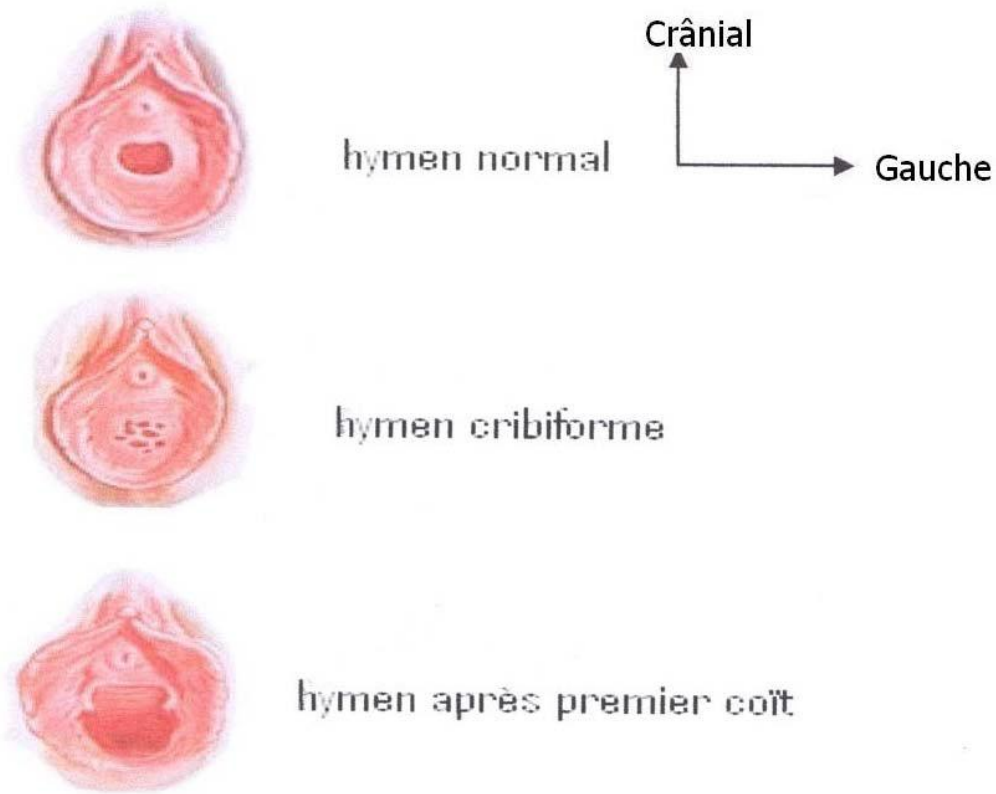


Figure 3 : différents types d'hymen

d- Examen clinique :

d-1- L'examen général :

L'examen de la victime doit se faire en présence d'un parent si la victime est une mineure, ou d'une sage-femme si la victime est majeure. L'essentiel de la prise en charge de violence sexuelle repose sur son volet psycho émotionnel, d'où la nécessité d'un accompagnement psychologique de la victime et de sa famille.

L'examen doit être effectué le plus précocement possible par rapport à l'acte et doit être complet. Les lésions doivent être décrites avec la plus grande précision. Il comporte la prise des constantes comme le poids, la taille, la tension artérielle le pouls radial et la température axillaire ou centrale (buccale ou rectale). Il faut examiner le linge de corps que la victime portait au moment des faits à la recherche de déchirures, de souillure par du sang et/ou du sperme.

• L'inspection :

Elle apprécie les caractères sexuels secondaires de la victime, l'état des faces internes des cuisses à la recherche des traces de violences (griffures, blessures), la région vulvo-périnéale, les petites et les grandes lèvres, elle permet de rechercher des traces de traumatisme sur tout le reste du corps qui peuvent être à type :

- de contusions,
- d'érosions,
- de blessures,
- d'ecchymoses qui peuvent être sur peau claire,
- rouges livides, quand elles sont récentes,
- noires, quand elles datent de 2-3 jours,
- bleues, quand elles datent de 3-6 jours,
- vertes, quand elles datent de 7-12 jours,
- jaunes, quand elles datent de 12-17 jours.

Ces lésions traumatiques disparaissent habituellement au bout de 25 jours [28].

Il faut systématiquement rechercher des produits étrangers sur le corps tels que des cheveux ou des poils et les prélever

d-2- L'examen gynécologique :

Il se fait avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une source lumineuse. Les différents temps de l'examen sont expliqués à la patiente avec un counseling avant, pendant et après l'examen [29].

La patiente est ainsi mise en confiance, ce qui permet un examen plus aisé.

d-2-1- L'examen de l'hymen :

Il a pour objectif de vérifier l'intégrité de l'hymen. Il peut se faire à l'aide d'une sonde à ballonnet ou d'un toucher rectal.

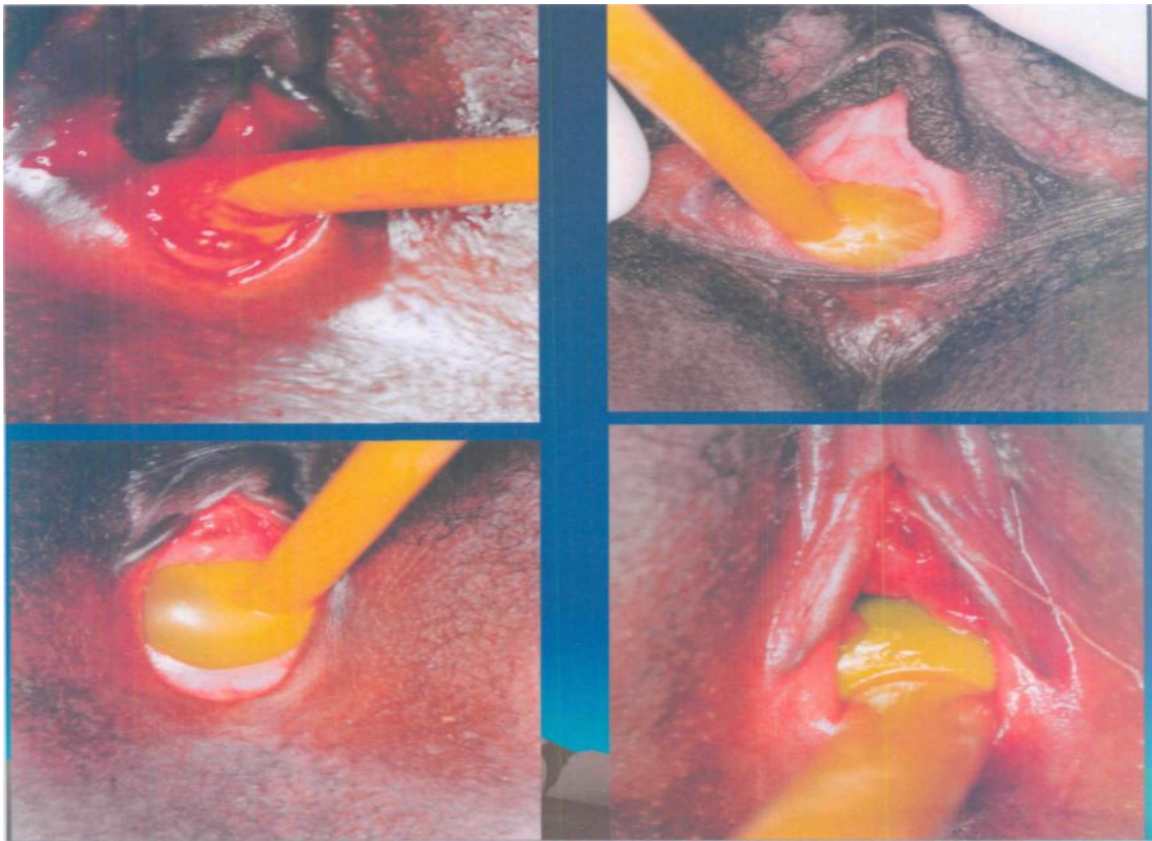


Figure 4 : Examen de l'hymen selon la technique de Dargent et Dickinson.

Cette technique comporte plusieurs temps. Après avoir installé en douceur la patiente en position gynécologique, il faut écarter les grandes et petites lèvres avec la main libre. On introduit la sonde de Foley à travers l'orifice hyménéal, le ballonnet est gonflé dans le vagin soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air ensuite on retire la sonde en exerçant une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux.

Cette technique de Dargent et Dickinson [30] permet d'exposer l'hymen pour un examen plus complet et détaillé, et de retrouver d'éventuelles déchirures tout en précisant leur siège.

• **Le Toucher rectal :**

Il permet d'étaler la cloison recto-vaginale et de rechercher des déchirures au niveau de l'hymen.

Au terme de cet examen, l'hymen peut se révéler : intact, ou présenter une ou des déchirure (s), dont il faut préciser l'ancienneté et le caractère complet ou incomplet.

L'hymen peut être intact même après un viol lorsqu'il est dilatable ou Complaisant [31].

Il permet d'apprécier la tonicité du sphincter anal et permet de rechercher des fissures, des irritations, ou des ulcérations de la région anale.

Le siège des lésions doit être décrit sachant que le plus souvent les lésions siégeant à 5h ou 7h revêtent un caractère médico-légal.

Ces lésions cicatrisent au bout de 5 jours.

• **Le toucher vaginal :**

Il va apprécier la longueur, la position, la consistance et le degré d'ouverture du col.

Il détermine la position du corps utérin, sa consistance, sa mobilité et sa taille, l'état des annexes de même que la nature des sécrétions vaginales dont il faut préciser l'odeur, la couleur, l'abondance, la consistance et les signes d'accompagnement.

• **L'examen au spéculum :**

Il va préciser :

- L'état des parois vaginales qui sont de couleur rose avec des rides,
- l'aspect du col utérin qui est aussi rose régulier, punctiforme ou ouvert suivant la parité et l'existence ou non de leucorrhées.

Les photographies des lésions observées chez les victimes seront utilisées comme document médico-légal.

Cet examen physique doit être complété par une consultation en

Pédopsychiatrie s'il s'agit d'une fillette, ou en psychiatrie si la victime est majeure

d-2-2- Les lésions de la défloration :

La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [20].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

En cas d'hymen en anneau, l'hymen se déchire en haut ou en bas selon la position sexuelle adoptée. En cas d'hymen cribiforme l'hymen se déchire au centre; s'il est semi-lunaire il peut se déchirer latéralement.

Cette déchirure s'accompagne d'une douleur variable qui dure quelques secondes et d'un saignement chez les jeunes femmes car l'hymen est richement vascularisé.

e- Bases légales des agressions sexuelles : [18]

e-1-Paragraphe I: de l'outrage à l'ordre public

Article 224: L'outrage à l'ordre public, commis publiquement et intentionnellement sera puni de trois mois à deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

e-2- Paragraphe II: de l'attentat à la pudeur

Article 225: Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de moins de quinze ans, sera puni de cinq à dix ans de réclusion, et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

e-3- Paragraphe III: du viol

Article 226: tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Le viol sera puni de cinq ans à vingt ans de réclusion et facultativement de un à cinq ans d'interdiction de séjour.

Si le viol a été commis à l'aide de plusieurs personnes ou sur la personne d'un enfant de moins de quinze ans, le coupable sera condamné à vingt ans de réclusion, à l'interdiction de séjour de cinq à vingt ans, et les juges ne pourront, en déclarant l'existence de circonstances atténuantes, réduire la peine au dessous de cinq années d'emprisonnement.

Si le viol a été commis avec les deux circonstances aggravantes prévues à l'alinéa précédent, la peine sera celle de la réclusion à la perpétuité.

Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis le viol, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, il ne pourra être prononcé de sursis à l'exécution de la peine.

Article 227: L'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni d'un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice des peines qu'il en courra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de cet acte.

Seront punies complices les personnes, y compris les parents qui auront sciemment provoqué aux actes visés au présent article, ou auront, avec connaissance, aidé ou assisté l'auteur dans les faits qui les ont préparé ou facilité.

e-4- Paragraphe IV: de la pédophilie :

Article 228: Constitue le crime de pédophilie est puni de cinq à vingt ans de réclusion et de vingt mille à un million de francs d'amende, tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de treize ans, ou toute exploitation aux fins commerciales ou touristiques de pornographies, films ou dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans.

Si les coupables sont les descendants de la personne sur laquelle le crime a été commis, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, ou si le crime a été commis à l'aide de plusieurs personnes, la peine sera la réclusion à perpétuité et une amende de vingt mille à un million de francs.

Toutefois, le crime ci-dessus n'est pas constitué si la différence d'âge entre l'auteur et la victime ne dépasse pas cinq ans.

B. Généralités sur les violences physiques

a. Les coups et blessures volontaires :

a.1 Historique :

A propos des coups et blessures volontaires perpétrés sur les femmes on trouve des articles qui font écho des quotidiens d'information. Ces articles se sont préoccupés de cette violence seulement au plan apparent n'apportant aux lecteurs que de simples informations ayant un caractère de fait social sans toute fois faire preuve de profonde analyse du phénomène.

Un autre article sur la violence à l'égard des femmes aux Etats Unis, publié dans un article (Journal of the American Médical association) note que «les études démontrant qu' aux USA, les femmes risquent plus d'être agressées et blessées, violées ou tuées par leurs partenaires actuels ou passés que par d'autres types d'assaillants» [8].

Il est vrai que la violence à l'égard des femmes suscite toujours des inquiétudes dans la société de la part des organismes internationaux et nationaux, qui s'intéressent aux phénomènes en donnant des chiffres pour caractériser l'ampleur de cette violence à l'égard des femmes.

Concernant les recherches qui ont été faites sur ce thème, plusieurs institutions nationales et internationales dont la banque mondiale ont publié des articles concernant le phénomène de la maltraitance des femmes dans le monde.

Au cours des années 1990 la violence contre les femmes va figurer parmi les éléments qui ont polarisé l'attention des milieux internationaux.

Et d'importantes mesures sont prises en faveur des femmes pour la reconnaissance de leur droit.

En suite, lors de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 au Caire et de la 4^{ème} conférence mondiale tenue en 1995 sur la femme, mention fut faite d'accorder une grande audience aux mesures visant à mettre fin à la violence entre les sexes.

Le fonds des Nations Unies pour la population en 1999 déclare que la violence contre les femmes est une priorité de santé [7].

Ce sujet continue d'être traité par d'autres personnes du fait de son importance et de son actualité.

Nous assistons aussi à la naissance de plusieurs Organisations Non

Gouvernementales de lutte et de défense des droits de la femme et l'innovation de la journée mondiale de la femme célébrée chaque 08 mars depuis le 08 mars 1857.

a.2 Définitions :

2-1- Concepts explicites :

Ce sont des concepts qui apparaissent dans la formulation du sujet.

Maltraitance : d'après Y Michaud (1973) c'est : «une action directe ou indirecte massée ou distribuée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique, psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques» [9].

Femme : d'après le petit Larousse Illustré, c'est un être humain adulte de sexe féminin [10].

Cependant notre étude a concerné les violences orchestrées à l'égard des femmes par leurs époux, par une tierce personne en l'occurrence des amis, des parents ou par des étrangers, c'est-à-dire que ce soit oui ou non dans la vie conjugale, dans la rue ou dans toute autre circonstance.

a-2-2- Concepts implicites :

Se sont des concepts qui ont un lien avec notre objet d'étude.

«Violence a l'égard des femmes» :

En septembre 1992, la commission de la condition de la femme aux Nations Unies a convoqué un groupe de travail spécial chargé de rédiger un projet de déclaration contre la violence a l'égard des femmes.

Cette déclaration adoptée par l'Assemblée Générale à l'automne de 1993 contient la première définition officielle du phénomène par les Nations Unies.

D'après l'article premier de cette déclaration, le terme «violence à l'égard des femmes» désigne « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles, ou psychologique, y compris les menaces, de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée » [11].

« **Discrimination à l'égard des femmes** » : Selon l'article premier de la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme, cette expression vise toutes distinctions d'exclusion ou de restriction fondée sur le sexe qui a pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'Homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, socioculturel, civil ou tout autre.[11].

Maltraitance sexiste : Ce terme décrit les actions ou les commissions qui surviennent au cours des différentes relations.

Elles couvrent les agressions tels que les viols, l'inceste, le harcèlement sexuel, le meurtre et les violences psychiques telles que les propos insultants, la privation de jouissance des biens et de ressources personnelles [12].

Violence : Au sens courant du terme, la violence désigne le fait d'agir sur quelqu'un ou de faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. Elle désigne aussi l'acte par lequel s'exerce la violence.

Déviance : Quant on parle de déviance, on doit se situer par rapport à une norme et à un lieu fixe. Le crime est une déviance par rapport aux normes légales.

Toutes fois il ya lieu de noter qu'il existe d'autres normes que l'individu peut dévier, celle ne figurant pas dans les textes (ce qui n'est pas prévu par la loi).

Délinquance juvénile :

Du point de vue médico-légal, « la délinquance juvénile désigne les infractions commises par les adolescents et qui sont punissables aux termes du code pénal puisqu'elles causent des dommages et préjudices évidents reconnus comme tel à autrui » [13].

Du point de vue psychologique, R. Michelle, définit la délinquance comme des sociopathes, c'est à dire des inadaptés sociaux au sens où le délinquant a un comportement inadéquat aux buts et aux normes de la société qui à un moment donné le met en rupture ou en conflit avec son environnement.

Y. Castellan, définit la délinquance strictement par rapport à la loi. L'action délinquante est celle qui cause des dommages à autrui et l'auteur même de l'action [14].

Marginalité : La marge c'est ce qui est situé hors, est marginal celui qui est hors de la norme de la société.

Acteur : C'est une personne qui prend une part déterminante à une action [10].

a. 2-3- Définition de quelques terminologies

Les termes des coups et blessures : peuvent se définir comme toute atteinte à la vie ou à la santé d'un sujet résultant d'une cause extérieure à l'organisme humain.

Le coup : est un choc donné à un organisme par un objet en mouvement.

La blessure : est une lésion produite dans l'organisme par un coup.

La victime : on appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger par la suite des coups et blessures volontaires.

Un blessé grave : personne ayant subi un traumatisme nécessitant une hospitalisation.

Un blessé léger : personne ayant subi un traumatisme ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Partie adverse : c'est la partie contre laquelle la victime s'oppose (auteur de l'acte).

a. 3-Les lésions traumatiques issues des coups et blessures volontaires

a. 3-1- L'érosion épidermique : il s'agit d'une simple perte de substance au niveau de l'épiderme. Il traduit des violences légères, mais le plus souvent des lésions d'accompagnement.

Intérêt : les érosions épidermiques indiquent la partie du corps où se sont exercées les violences et peuvent reproduire la forme de l'instrument en cause.

3-2- L'ecchymose : est le signe essentiel de la contusion, c'est la lésion contusive la plus élémentaire. Elle est due à l'occasion du traumatisme, à la déchirure des vaisseaux et à l'infiltration du sang extravasé et coagulé dans les tissus [15].

L'intérêt médico-légal de l'ecchymose est très grand :

- c'est le plus fréquent des signes de violences.
- Elle témoigne généralement que le blessé était vivant au moment de sa production.
- Elle indique le point où s'est produite une violence (coup, choc, chute).
- Elle peut révéler la forme de l'instrument.
- Les ecchymoses peuvent aider à préciser la date de la violence.

Les ecchymoses peuvent s'observer partout sur le corps : sur la peau, dans les tissus cellulaires sous cutanés, sur les muqueuses, sur les séreuses et les viscères.

Sur le cadavre : les ecchymoses sont mises en évidence par la pratique systématique de nombreuses incisions dans les diverses régions du corps.

Le sang de l'ecchymose coagulé est difficilement détachable, il ne disparaît pas au lavage.

Ces caractères permettent de les distinguer :

- Des blessures post-mortem : le sang y est liquide, ne coagule pas, disparaît au lavage ;
- Des lividités cadavériques : tache bleue violette située aux parties déclives du cadavre due à la descente passive du sang, sans extravasations. Faites de sang non coagulé et disparaît au lavage.
- Des taches violacées de la putréfaction : disparaissent aussi au lavage.

a.3-3- L'hématome : c'est du sang extravasé qui forme une collection plus importante et profonde que l'ecchymose, en dilacérant les tissus.

a. 3-4- La plaie : se définit comme une solution de continuité de la peau ou des muqueuses des tissus sous-jacents.

a. 3-5- La fracture : c'est toute solution de continuité d'un segment osseux ou d'un cartilage dur elle peut se rencontrer dans tous les genres de contusions. Elle résulte aussi bien de l'action d'instruments qui produisent une fracture directe, que de chutes ou d'accidents qui sont à l'origine de fractures indirectes.

a. 3-6- Les lésions des organes internes : le mécanisme des lésions anatomiques des organes internes, leur siège, leur nature, leur gravité sont très variables, selon les conditions et les circonstances dans lesquelles la victime est atteinte.

a. 3-7- Les lésions viscérales diverses concernent :

- Les organes de la cavité thoracique.
- Les organes de la cavité abdomino-pelvienne.
- Les lésions cranio-cérébrales.
- Les ruptures vasculaires des gros vaisseaux.

a.4 Aspects judiciaires :

a. 4-1- Au pénal : Il n'est pas rare que les violences physiques entraînent dans certaines circonstances la mort de la victime.

Cet homicide est réprimé différemment selon qu'il ait été commis avec intention de tuer ou non. S'il y a eu intention de tuer, il s'agit alors d'un meurtre dans ce cas contraire, il est la conséquence de coups et violences sans qu'il y ait intention de donner la mort. Dans les deux cas l'acte est volontaire mais dans le second le résultat a dépassé le but poursuivi par le coupable [16].

« Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [17].

A coté de ces CBV, nous avons des coups et blessures involontaires ou des homicides involontaires qui sont définis par le code pénal malien : Celui qui aussi par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups ou occasionné des maladies à autrui, est réprimé d'homicides involontaires ou pour coups et blessures involontaires.

Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si mort s'en suivait sont réprimés par le code pénal du Mali.

a. 4-1-1 Des coups et blessures volontaires mortels :

Article 199 : L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre.

Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié d'assassinat.
(Premier alinéa)

Article 200 : Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement sera puni de mort. . (Premier alinéa)

Article 202 : les coups, blessures et violences volontaires, exercés sans intention de donner la mort, mais l'ayant cependant occasionnée, seront punis de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

En cas de préméditation ou de guet-apens la peine sera celle de la réclusion à perpétuité.

a. 4-1-2 Des coups et blessures volontaires non mortels :

Article 207 : Tout individu qui volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait,

S'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 F CFA [18].

S'il y a eu une préméditation ou guet - apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

S'il y a eu préméditation ou guet- apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés.

Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3, 4, l'interdiction de séjour de un à dix ans pourra être prononcée.

Article 208 :

Lorsque les blessures, les coups, les violences ou voie de faits, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionné à l'article 207, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 F CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera de un à cinq ans et une amende de 25 000 à 150 000 F CFA [18].

L'interdiction de séjour de un à dix ans pourra en outre être prononcée.

Par ailleurs il faut noter que toute tentative de crime, manifestée par un commencement d'exécution et suspendue ou n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui-même.

Cependant les tentatives de délits ne sont considérées comme délits que dans les cas déterminés par une disposition spéciale de la loi.

b. Les séquelles de l'excision

b. 1 Définition :

Les MGF/Excision désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques [19].

b.2 Rappels physiologiques du clitoris

Bien que beaucoup de choses aient été dites ou écrites sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus.

De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris ; bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

La région clitoridienne et vaginale (un réseau de nerfs, et de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érectile du corps féminin. Ces structures sous-jacentes ont aussi un homologue d'une taille sensiblement égale au pénis de l'homme.

Concernant les conséquences de l'excision, certains affirment que plus tôt elle est réalisée plus grand est le dommage, car la masturbation infantile et adolescente révèlent à l'organisme et à la conscience le mécanisme normal de la réaction sexuelle. Ils en précisent qu'aucune technique chirurgicale ne peut réparer une clitoridectomie pour instaurer la sensibilité érogène de l'appareil amputé [20].

b.3 Les différents types d'excision:

Selon l'OMS, il existe quatre types d'excision : [21] :

Type 1: Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce :

CLITORIDECTOMIE

Type 2 : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres : EXCISION

Type 3 : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres avec ou sans excision du clitoris : INFIBULATION.

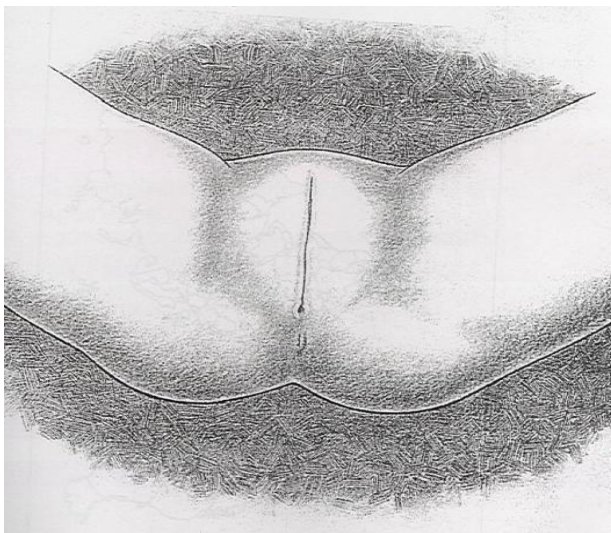


Figure 1 : Infibulation

Type 4 :

Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les OGF à des fins non thérapeutiques c'est-à-dire ponctions, percements, étirement, incision, scarification : CAUTÉRISATION.

b. 4- COMPLICATIONS

b. 4-1- COMPLICATIONS IMMEDIATES

L'incidence et la gravité de ces MGF dépendraient étroitement : du type d'opération, de l'opérateur, des instruments utilisés, de l'environnement, de l'état physique et mental de la victime et de l'utilisation ou non des services de santé en cas de complication [22].

- La douleur très atroce due à l'absence d'anesthésie peut conduire à des pertes de connaissance totales allant jusqu'à la mort
- L'hémorragie : c'est la première complication par ordre de fréquence, elle est très souvent due à la lésion de l'artère clitoridienne. *Elle est très grave dans le type III vue la richesse vasculaire de la vulve.*

Cette hémorragie peut être minime ou grave et entraîner : des signes de choc et la mort si la prise en charge n'est pas adéquate.

- Le choc : causé par la douleur très atroce due à l'absence d'anesthésie, l'hémorragie de grande quantité, et l'infection peut conduire à la mort.
- L'infection peut être locale, locorégionale et même générale, elle est très fréquente et est due au manque d'asepsie durant l'opération. Le tétanos et la septicémie peuvent survenir et sont le plus souvent mortels.

Les infections aiguës sont également favorisées : par les médicaments traditionnels utilisés comme pansement de la plaie opératoire, par l'immobilisation prolongée où la fillette baigne dans ses urines et ses selles (en cas d'infibulation). [22]

- Risque de contamination par le VIH, VHB, VHC :
 - Manque d'asepsie
 - Non stérilisation des instruments utilisés
 - et surtout la pratique des MGF sur des enfants en série, le même matériel étant utilisé pour tous les enfants.
- Rétention aiguë d'urine elle est due à la peur et l'œdème des tissus adjacents
- Lésions accidentelles comme les fractures ; luxations des organes de voisinage sont de gravité extrême car pas de connaissance de l'anatomie :

- L'urètre
- La vessie
- Du vagin
- Du rectum

Ces lésions très souvent méconnues peuvent être à l'origine d'invalidités graves pour le reste de la vie de la victime : fissures, fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales..., causes parfois de répudiations ultérieures [23].

b. 4-2- COMPLICATIONS A LONG TERME (TARDIVES)

- Dysfonctionnement des voies urinaires
 - Difficulté à uriner (dysurie, Pollakiurie)
 - Infections urinaires (cystite, pyélonéphrite)
 - Incontinence urinaire
- Dysfonctionnement des voies génitales :
 - Dysménorrhée
 - Oligoménorrhée
 - hémocolpos +hématométrie
 - Endométriose
 - Hématocolpos consécutif à l'infibulation
- Difficultés d'ordre sexuel : Dyspareunies
 - *La douleur, au moment de la pénétration et pendant les rapports sexuels est fréquente*
 - *Neurone clitoridien*
 - vaginisme (contraction spasmodique du vagin, douloureuse et involontaire, souvent associée à une aversion pour l'activité sexuelle).
- Traumatismes psychologiques non dits pour des raisons culturelles :
 - L'anxiété
 - La mélancolie
 - La dépression

- La psychose
- La frigidity

➤ Difficultés au cours de la grossesse à administrer des soins locaux.

Impossibilité de procéder à un examen pelvien pour : évaluer la grossesse, déterminer la présentation du fœtus, et vérifier si la taille du canal pelvien est suffisante.

➤ Difficultés au cours de l'accouchement : travail d'accouchement souvent plus long, déchirures du périnée, fistules si accouchement non supervisé et expulsion prolongée et césarienne fréquente [24].

Dystocie d'expulsion par infibulation avec mort-né macéré

➤ Les cicatrices vicieuses

- Les chéloïdes : C'est une boursouffure fibreuse indurée et ramifiée formée sur la peau au niveau d'une cicatrice.
- Les kystes dermoïdes : tumeurs bénignes qui peuvent contenir des substances huileuses (sébacées) et des cheveux.

➤ L'infertilité

D'après Maiga L. [25] un groupe de sages-femmes maliennes déclare que l'excision serait responsable de :

- déchirures périnéales (63%)
- difficultés de réparation du périnée (58%)
- Fistules vésico-vaginales (11%).

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

Les services :

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique
- 2- Service d'Ophtalmologie
- 3- Service d'Odontostomatologie
- 4- Service de Médecine
- 5- Service de Pédiatrie
- 6- Service de Comptabilité
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire
- 8- Service de l'USAC

Les unités:

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie),
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire,
- 3 Unité Imagerie Médicale,
- 4 Unité Médecine Générale,
- 5 Unité Pharmacie,
- 6 Unité Laboratoire,
- 7 Unité Ressources Humaines,
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS),
- 9 Unité Brigade d'Hygiène,
- 10 Unité Néonatalogie,
- 11 Unité Pédiatrie Générale,
- 12 Unité d'Odonto-Rhino-Laryngologie (ORL),
- 13 Unité Tuberculose,
- 14 Unité Lèpre,
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON),
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME),
- 17 Unité Consultation Périnatale(CPN),
- 18 Unité Nutrition,

- 19 Unité Suite de Couches,
- 20 Unité du Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- 21 Unité Gynécologie,
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA),
- 23 Unité Ophtalmologie,
- 24 Unité Odontostomatologie
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de dépistage du cancer du col
- 27 Unité de grossesse pathologique.

Le Personnel : Il comporte :

- Six (6) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique dont un professeur agrégé qui est le Médecin Chef du centre et Chef de service de la gynécologie et d'obstétrique
- Deux Médecins spécialisés en chirurgie générale
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation.
- Des sages-femmes.
- Des infirmiers d'Etat.
- Des instrumentistes.
- Des infirmières obstétriciennes.
- Des Aides-soignantes.
- Des chauffeurs d'ambulance.
- Des manœuvres.
- Des gardiens.

Dans le cadre de la formation le service reçoit :

- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spéciale (DES).
- Des étudiants de l'école de médecine en année de thèse et des élèves infirmiers des différentes écoles de santé.

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un Médecin Gynécologue Obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

2- Type et période d'étude :

Notre étude avec recueil de données de façon rétrospective a visée descriptive, allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014, soit 24 mois.

3- Population d'étude :

L'étude a porté sur des patientes reçues et consultées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

4- Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement de tous les dossiers répondant à nos critères d'inclusion durant la période d'étude.

Nous avons inclus 102 dossiers de patientes ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles reçues en consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

5- Critères d'inclusion :

Toute patiente reçue et consultée pendant notre période d'enquête dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V et ayant été victime de violences physique ou sexuelle avec ou sans réquisition de la Police ou du Tribunal.

6- Critères de non inclusion :

Les patientes consultées pour un traumatisme génital d'origine accidentelle n'ont pas été recensées pour l'étude.

7- Variables utilisées

Pour chaque cas les variables suivantes ont été analysées : l'âge, la profession, le lieu de résidence, le mode d'admission, le motif d'admission, le type de violences, le lieu de violences, les lésions corporelles, les lésions génitales, le comportement psychologique des victimes après les violences subissent, les résultats des bilans para cliniques et les traitements administrés.

8- Collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et des registres de consultations.

9-Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 17.0 et Microsoft Word 2007.

10- Définitions opérationnelles :

Attouchement sexuel : est l'action de toucher légèrement en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives

Coup et blessures volontaires : il s'agit de coup et de blessures avec atteinte à la vie ou à la santé de la victime.

Excision : L'excision désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.

Pédophilie : l'article 228 du code pénal la définit comme tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'un mineur de treize ans ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de photographies, films ou dessins à caractères pornographiques mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans [18]

Viol : selon l'article 226 du code pénal elle est définie comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise [18].

Violences physiques : dans notre étude elles concernent les coups et blessures volontaires et l'excision

Violences sexuelles : dans notre étude les violences sexuelles concernent le viol, la pédophilie et les attouchements sexuels

11- Considération éthique

L'interrogatoire et l'examen physique des patientes ont été faits dans la confidentialité avec le consentement éclairé de tout un chacun.

Les certificats médicaux établis après examens ont été transmis sous pli fermés aux différentes autorités judiciaires concernées.

Les fiches des données étaient anonymes.

12- Difficultés et contrainte

Au cours de l'étude nous avons été confrontés à certaines difficultés qui sont :

Le mauvais rapportage des données dans les dossiers, le manque de documents adaptés, la non réalisation des bilans complémentaires, l'absence de suivi psychologique et le manque d'information sur le devenir des patientes.

V. RESULTATS

I - FREQUENCE :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 19.245 patientes en consultations dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V dont 102 cas de violences soit 0,53%.

II - Caractéristiques socio démographiques :

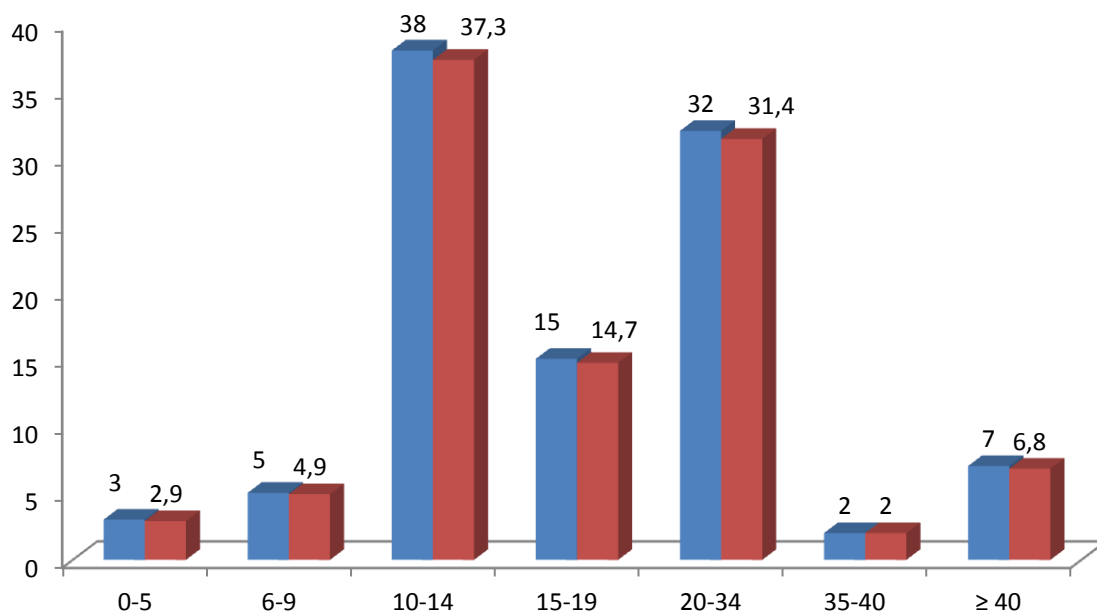


Figure 1 : Répartition des victimes selon l'âge.

La tranche d'âge de 10-14 ans a été la plus touchée avec 38 cas soit 37,3%.

Tableau I : répartition des victimes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	45	44,1
Elève/Etudiante	42	41,1
Coiffeuse	2	2
Technicien de santé	1	1
Commerçante	12	11,8
Total	102	100

La profession ménagère était la plus représentée avec 45 cas soit 44,1%.

Tableau II : répartition des victimes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bacodjicoroni	21	20,5
Badalabougou	2	2,0
Banankabougou	1	1,0
Daoudabougou	6	5,9
Djicoroni Para	4	3,9
Ex base	2	2,0
Guarantiguibougou	6	5,9
Gouana	1	1,0
Kalaban coro	15	14,7
Kalaban coura	33	32,3
Magnambougou	2	2,0
Quartier Mali	1	1,0
Sabalibougou	8	7,8
Total	102	100

Le plus grand nombre (32,3%) des victimes provenaient de kalaban coura.

Tableau III: répartition des victimes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	31	30,4
Célibataire	67	65,7
Veuve	2	2,0
Divorcée	2	2,0
Total	102	100

La majorité des victimes était célibataire avec 65,7%.

III - Etude clinique :

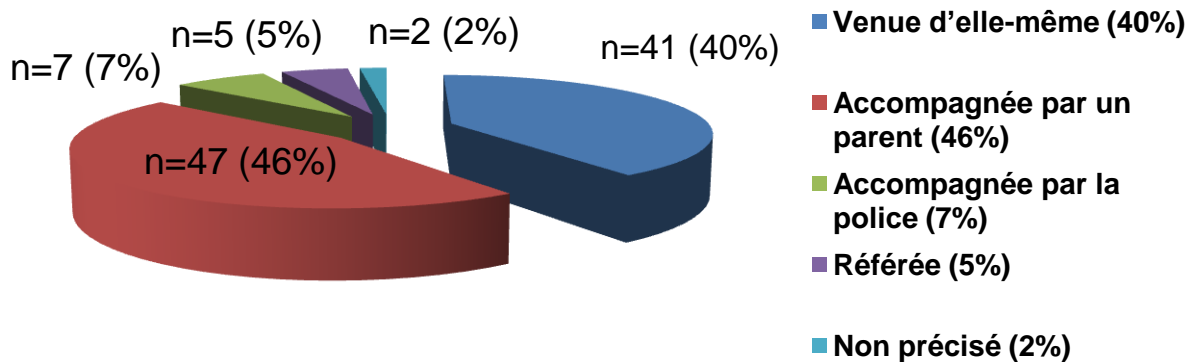


Figure 2 : répartition des victimes selon le mode d'admission.

Dans 46% des cas les victimes étaient accompagnées par un parent.

Tableau IV : répartition des victimes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Séquelles d'excision	2	2,0
Attouchement sexuel	2	2,0
Coups et blessures volontaires	40	39,2
Pédophilie	10	9,8
Agression sexuelle	48	47,1
Total	102	100

L'agression sexuelle a constitué le principal motif de consultation avec 48 cas soit 47,1%.

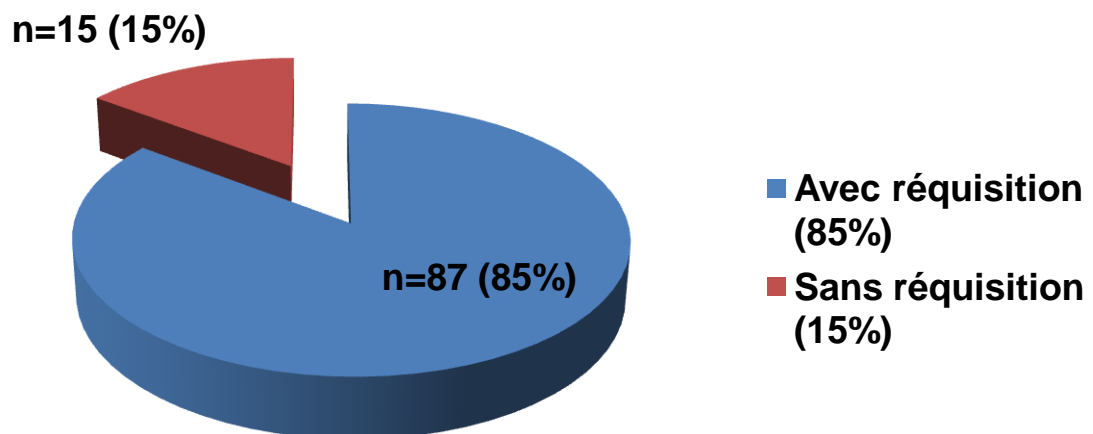


Figure 3 : répartition des victimes selon la réquisition.

Dans la majorité des cas, soit 85% des victimes ont consulté avec une réquisition.

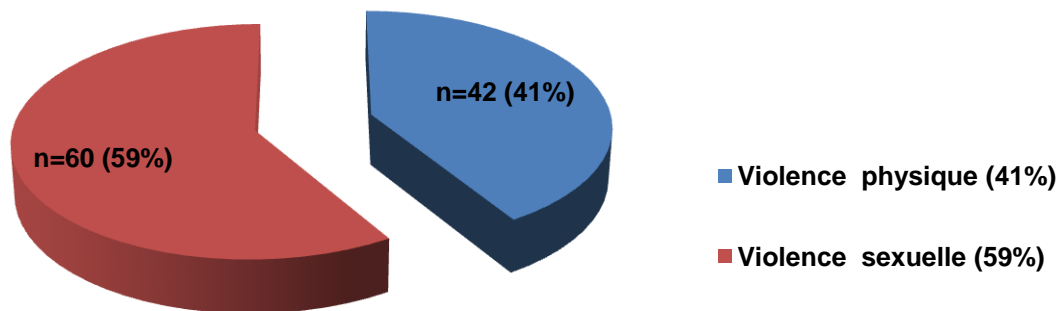


Figure 4 : répartition des victimes selon le type violence.

La violence sexuelle a concerné 60 cas soit 59%.

5 - Les violences sexuelles :

Tableau V : Répartition des victimes selon la nature de la violence sexuelle.

Natures	Effectif	Pourcentage
Attouchement sexuel	2	3,3
Aggression sexuelle	48	80
Pédophilie	10	16,7
Total	60	100

Le viol seul a représenté 80% des violences sexuelles.

Tableau VI : Répartition des victimes selon les complications liées aux violences sexuelles.

Complications	Effectif	Pourcentage
Aucune complication	22	36,6
Rupture du Douglas	1	1,7
Lésions hyménales	36	60
Déchirure périnéale	1	1,7
Total	60	100

La principale complication qui émaillait les violences sexuelles était la lésion hyménales avec un taux de 60%.

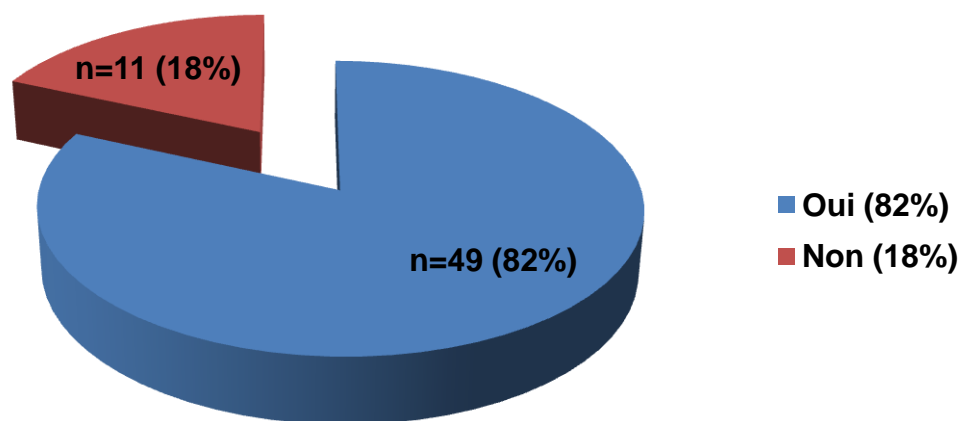


Figure 5 : répartition des victimes selon la notion de pénétration.

La notion de pénétration a été constatée dans 82% des cas.

Tableau VII : répartition des victimes selon le nombre d'agresseur.

Nombre d'agresseur	Effectif	Pourcentage
1	30	50
2	16	26,7
3	6	10
4 et plus	8	13,3
Total	60	100

NB : Dans 3 cas la victime a été agressée par 10 personnes

Dans 2 cas la victime a été agressée par 15 personnes.

Tableau VIII : répartition des victimes selon leurs nombre au moment de l'agression.

Nombre d'agressé	Effectif	Pourcentage
Victime seule	45	75
Victime en groupe	15	25
Total	60	100

Dans 75% des cas la victime était seule au moment de l'agression.

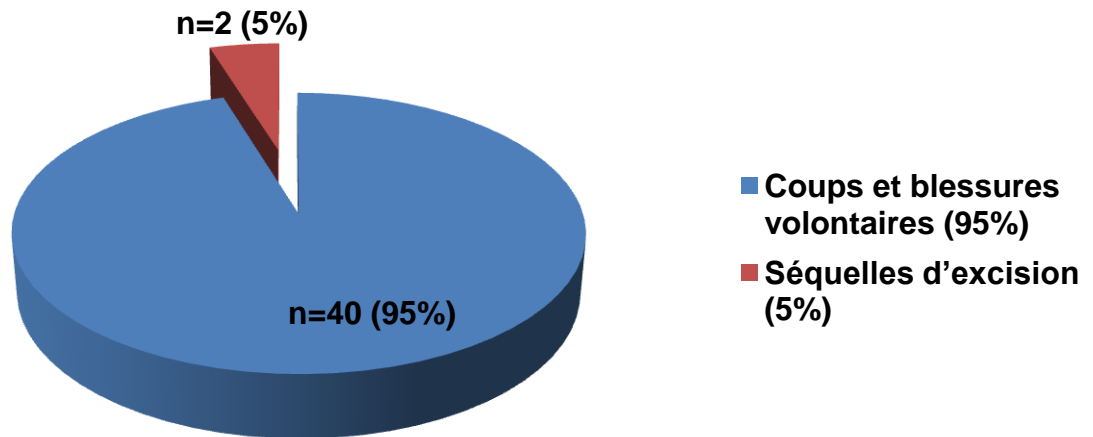


Figure 6 : Répartition des victimes selon la nature de la violence physique.

Les coups et blessures ont concerné 95% des violences physiques.

Tableau IX : Répartition des victimes selon les complications liées aux violences physiques.

Complications	Effectif	Pourcentage
Infibulations	1	2,4
Fractures	2	4,7
Lésions cutanées	28	66,7
Hémorragies	1	2,4
Aucune	10	23,8
Total	42	100

Les lésions cutanées ont concerné 28 cas soit 66,7%.

Tableau X: répartition des victimes selon le nombre d'agresseur.

Nombre d'agresseur	Effectif	Pourcentage
1	23	54,8
2	4	9,5
3	9	21,5
4 et plus	4	9,5
Non précisé	2	4,7
Total	42	100

L'agresseur était seul dans 23 cas soit 54,8%.

NB : Dans 2 cas les agresseurs étaient au nombre de 6, et dans 2 cas au nombre de 4.

Tableau XI : répartition des victimes selon leurs nombre au moment de l'agression.

Nombre d'agressée	Effectif	Pourcentage
Victime seule	27	64,3
Victime en groupe	12	28,6
Non précisé	3	7,1
Total	42	100

Dans la majorité des cas la victime était seule avec un taux de 64,3% des cas.

Tableau XII : répartition des victimes selon le lieu de la violence

Lieu	Effectif	Pourcentage
Au domicile de la victime	25	24,5
Lieu public	21	20,5
Au domicile de l'agresseur	53	52
Lieu non précisé	3	3
Total	102	100

Dans 53 cas la violence a eu lieu au domicile de l'agresseur soit 52%.

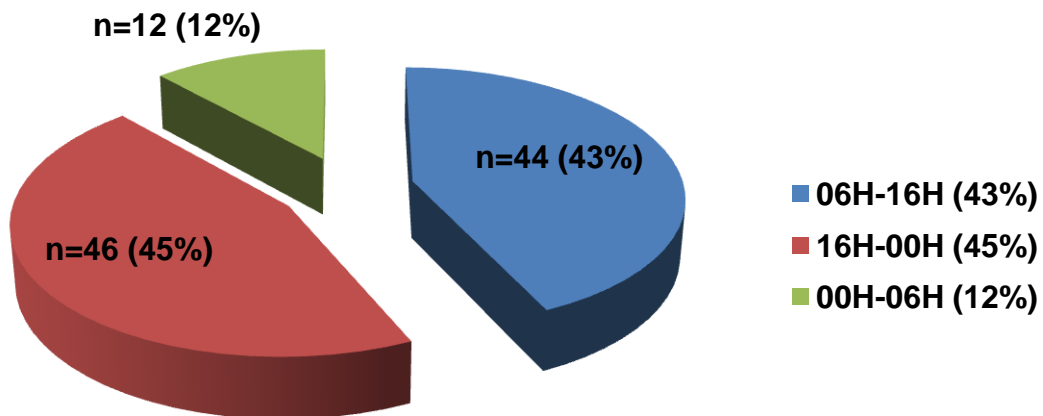


Figure 7 : répartition des victimes selon les horaires.

Dans la plupart des cas, 45% des violences ont lieu entre 16H et 00H,

Tableau XIII : répartition des victimes selon les matériels utilisés.

Matériels utilisés	Effectif	Pourcentage
Poing	63	66,8
Bâton	7	6,8
Couteau	20	19,6
Autres	12	11,8
Total	102	100

Les coups de poings ont été constatés dans 63 cas soit 66,8%.

Autres ; chaise, lame, dents, brique, porte de la maison

Tableau XIV : répartition des victimes selon l'état général des victimes,

Etat général	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	74	72,5
Passable	28	27,5
Total	102	100

L'état général des victimes a été jugé satisfaisant dans 74 cas soit 72,5%.

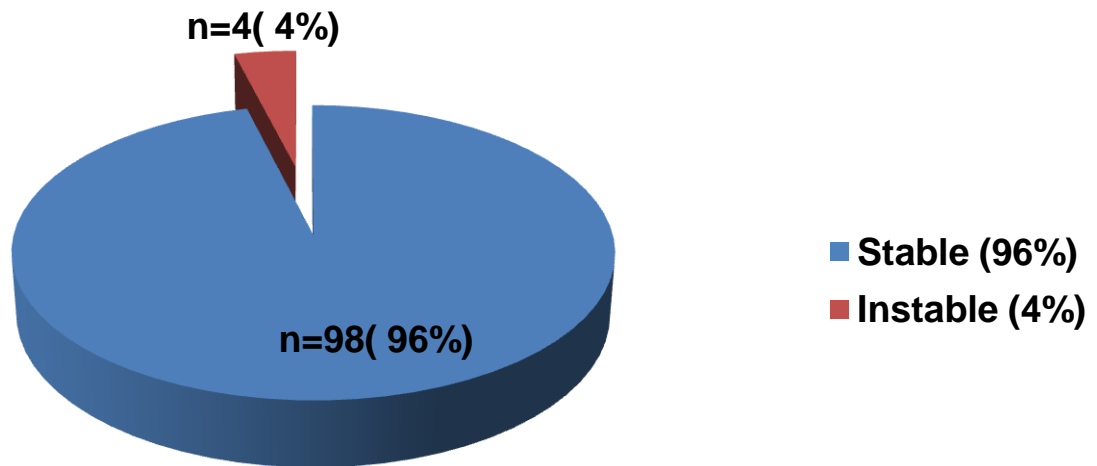


Figure 8 : répartition des victimes selon l'état psychique.

L'état psychique était stable dans 98 cas soit 96%.

IV - Examen para clinique :

Tableau XV : répartition des victimes selon les résultats de l'ECBU.

ECBU	Effectif	Pourcentage
Normale	26	43,3
Pathologique	5	8,4
Non réalisées	29	48,3
Total	60	100

Dans 29 cas soit 48,3% l'ECBU n'a pas été réalisée.

Tableau XVI : répartition des victimes selon l'échographie pelvienne.

Echographie pelvienne	Effectif	Pourcentage
Normale	41	40,2
Pathologique	1	0,9
Non réalisée	60	58,9
Total	102	100

NB : Le seul cas pathologique avait eu des urines troubles avec épanchement liquidien intra péritonéal, 5 grossesses normalement évolutives.

Tableau XVII : répartition des victimes selon les résultats de la radiographie.

Radiographie	Effectif	Pourcentage
Normale	23	54,7
Fracture	2	4,8
Non réalisée	17	40,5
Total	42	100

La radio était normale dans 23 cas soit 54,7%.

Tableau XVIII : répartition des victimes selon la recherche des spermatozoïdes.

Recherche des spermatozoïdes	Effectif	Pourcentage
Négatif	29	48,3
Positif	2	3,4
Non réalisée	29	48,3
Total	60	100

La recherche de spermatozoïde était négative dans 29 cas soit 48,3%.

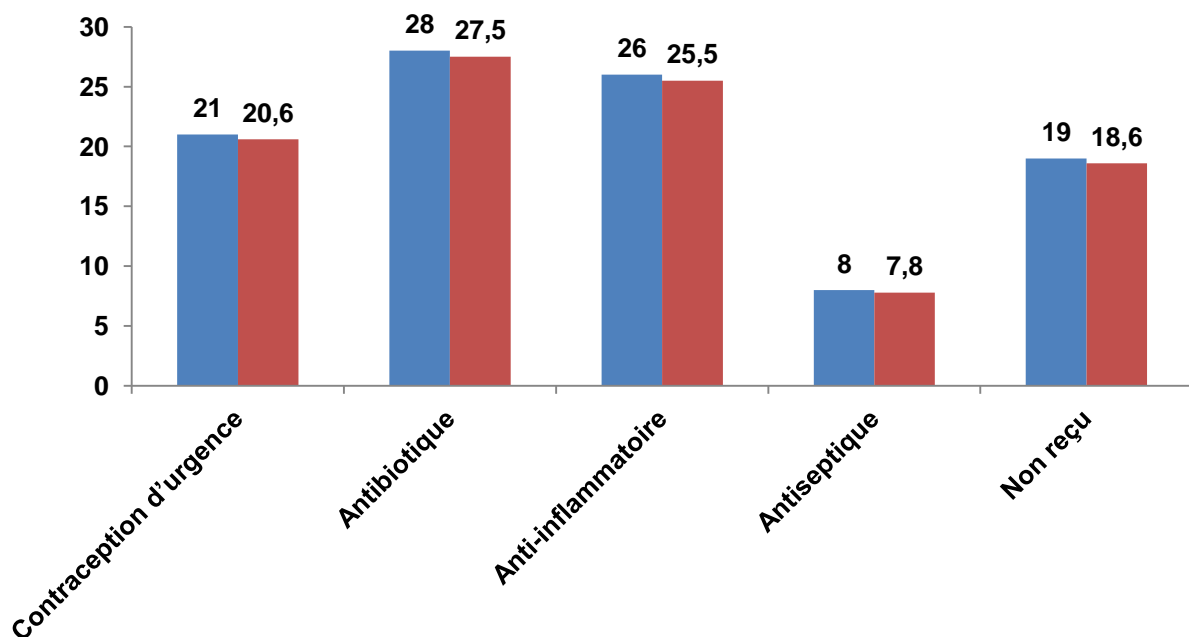


Figure 9 : répartition des victimes selon le traitement médicamenteux

Dans 27,5% des cas, les victimes ont reçu des antibiotiques et 18,6% n'ont pas reçu de traitement médicamenteux.

Tableau XIX : répartition des victimes selon le traitement chirurgical.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Pansement simple	35	34,4
Suture	11	10,8
Désinfibulation	1	0,9
Non reçu	55	53,9
Total	102	100

Dans 55 cas soit 53,9% n'ont pas bénéficié d'un traitement chirurgical.

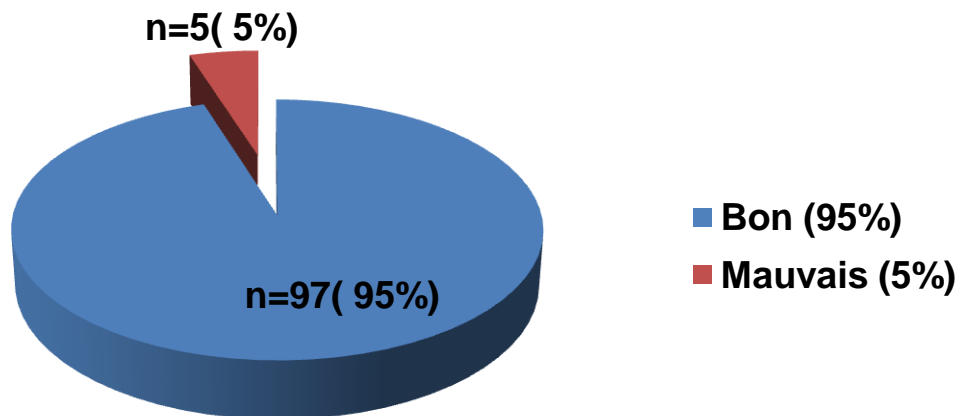


Figure 10 : répartition des victimes selon le pronostic vital.

Le pronostic était bon dans 95%.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude rétrospective transversale descriptive a concerné 102 dossiers des victimes reçues et consultées pour violence physique ou violence sexuelle dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V. Il s'agit de la première étude hospitalière centrée à la fois sur les violences physiques et sexuelles faites aux femmes.

I. La fréquence des violences :

Elle représente 0,53% de l'ensemble des consultations du service de Gynécologie et d'Obstétrique pendant la période d'étude.

Ce taux est faible et ne reflète pas l'ampleur du problème.

On ne peut pas porter un jugement valable car de nombreux cas de violences ne sont pas déclarés pour plusieurs raisons :

- les préjugés de l'entourage familial et social,
- les menaces profuses de l'agresseur,
- atteinte de l'honneur de la famille et de la victime elle-même,
- l'insuffisance de sensibilisation de la population par les pouvoirs publics, les ONG et associations de défense des droits des femmes qui, elles-mêmes, sont stigmatisées,
- la méconnaissance par les victimes des textes juridiques relatifs aux droits des femmes.

II. Profil sociodémographique des victimes :

1- L'âge :

Il découle de notre étude que la tranche d'âge de 10-14 ans a été la plus touchée avec 38 cas soit 37,3%. C'est la couche la plus fragile de la population féminine car il s'agit de mineures qui n'ont aucun sens de discernement vis-à-vis du danger auquel elles sont exposées.

Les âges extrêmes étaient 6 mois et 70 ans.

Une étude du journal France soir [32] retrouve que les femmes jeunes de 18-25 ans sont plus exposées aux violences physiques et ce taux décroît avec l'âge.

L'EDSM V retrouve que 38% des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuel à n'importe quel moment de leur vie.

2- La profession :

La profession ménagère était la plus représentée avec 45 cas soit 44,1% suivie de la profession étudiante/élève avec 42 cas soit 41,1%.

Dakouo H [1] a trouvé 55 % pour les ménagères et Traoré A [27] 14,8%.

Ce résultat s'explique par le nombre élevé de femme ménagère dans notre société.

Selon une étude de l'ONU 80% des victimes des violences dans les ménages en Afrique de l'Ouest sont sans revenu mensuel [11].

3- La résidence :

Kalaban Coura englobait 33 cas soit 32,3% des victimes suivi de Bacodjicoroni 21 cas soit 20,5% et de Kalaban Coro 15 cas soit 14,7% des victimes. Ce constat n'est pas surprenant car dans ces quartiers périurbains il existe plusieurs zones inhabitées sans éclairages, des maisons inachevées surtout aux abords du fleuve, qui constituent des lieux propices aux agressions.

4- Le statut matrimonial :

Au cours de notre étude nous avons constaté que la majorité des victimes étaient célibataires, avec un taux de 65,7%.

Traoré A [27] rapporte une proportion de 87,8% de célibataires.

Les femmes mariées (30,4 %) font 2 fois moins l'objet de violence par rapport aux célibataires.

Le statut de célibataire peut être pris comme un facteur d'exposition aux violences physiques et sexuelles.

Le service correctionnel du Canada après une méta-analyse sur les délinquances sexuelles a révélé une relation entre le statut célibataire et la récurrence d'ordre sexuelle [21]

III. Etude clinique :

1. Le Mode d'admission:

Dans 40% des cas, les victimes étaient accompagnées par un parent du fait de leur âge car 37,8% constituaient les mineurs de 10-14 ans.

Celles qui étaient venues d'elles-mêmes représentaient 46%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les victimes de violences ne veulent pas dans la majorité des cas déclarer l'agression ou veulent masquer cette agression soit par honte soit par peur ou pour tout autre motif. Seulement 7% des victimes ont été accompagnées par la police.

2. Le Motif d'admission :

L'agression sexuelle avec 47,1% a constitué le principal motif de consultation. Les coups et blessures volontaires étaient de 39,2%, pédophilie 9,8%, les attouchements sexuels et les complications des séquelles d'excision 2% chacun. Le taux retrouvé par Traoré A [27] est de 92,2% pour le viol.

Nous constatons que les violences sexuelles constituaient le principal motif de consultation des victimes.

3. La Réquisition :

Nous avons constaté que 85% des victimes ont consulté avec une réquisition contre 15%. Cela pourrait s'expliquer par une bonne organisation du système de prise en charge de ces violences (donc l'enregistrement des cas) et l'orientation des victimes sur le CSRéf par d'autres services compétents (Police, Gendarmerie, Brigade des Mœurs, Tribunal). Diarra D [11] trouve également que 90,2% des victimes étaient munies d'une réquisition.

4. Les types de violence :

Les violences sexuelles ont concerné 59% des victimes, taux supérieur à celui des violences physiques qui était de 41%.

L'ONU a trouvé un taux de violence sexuelle à 75% en Afrique centrale [7]. Ce taux est très élevé dans cette partie de l'Afrique, zone de conflits permanents alors qu'aux Etats Unis d'Amérique, une femme est battue toutes les 15 secondes et chaque jour une femme battue meurt [5].

4-1. Les violences sexuelles :

4-1-1. la nature de la violence sexuelle

L'agression sexuelle seule a concerné 80% des violences sexuelles, la pédophilie 16,7% tandis que les attouchements ne constituent que 3,3%. Diarra D [33] a trouvé 92,16% de cas de viol et 7,84% de cas d'attouchement sexuel.

La littérature montre que le viol est le type le plus fréquent de violence sexuelle [15; 27 ; 28].

4-1-2. La Notion de pénétration :

Parmi les 60 cas enregistrés des violences sexuelles nous avons constaté 82% de notion de pénétration contre 18% sans notion de pénétration. Il s'agit de pénétration génito- génitale.

4-1-3. Le nombre d'agresseur :

La majorité des victimes ont été agressées par un seul agresseur avec un taux de 50%. Dans 13,3% les agresseurs étaient au moins au nombre de 4. Traoré A [27] a constaté que 87,8% des victimes ont été agressées par un seul individu contre 12,2% dont l'agression a été faite en groupe. Diarra D a trouvé que l'agresseur était seul dans 92,16% des cas [33].

4-1-4. Le nombre d'agressé :

Dans 75% des cas, les victimes étaient seules au moment de l'agression, 25% des victimes étaient en groupe. Le taux rapporté par Traoré A [27] est de 93,9% pour des victimes seules au moment de la violence. Ceci expliquerait que la solitude est un facteur prédisposant à l'insécurité donc à l'agression sexuelle.

4-1-5. Les complications des violences sexuelles :

La principale complication qui émaille les violences sexuelles est la lésion hyménéale avec un taux de 60%. Dans 36,6% des cas aucune complication n'a été décrite. La rupture du Douglas et la déchirure du périnée qui sont des complications graves sont heureusement moins fréquentes et ont concerné chacune 1,7% des victimes de violences sexuelles.

Dramé B. [28] a trouvé 18,8% de défloration hyménéale contrairement à Traoré A. [1] qui a enregistré 93%.

Nous n'avons pas enregistré de cas de VIH positive chez les victimes en consultation et au cours de leur suivie.

4-2. Les violences physiques

4-2-1. La nature de la violence physique :

Les coups et blessures volontaires ont constitué la majeure partie des violences physiques avec un taux de 95%. Les séquelles d'excision ont concerné 5% des victimes.

4-2-2. Le nombre d'agresseur :

L'agression a été perpétrée par un seul agresseur dans la majorité des cas avec un taux de 54,8%, par 3 agresseurs dans 21,5%.

4-2-3. Le nombre d'agressé :

Au moment de l'agression, 64,3% des victimes étaient seules, 28,6% des victimes étaient en groupe, tandis que dans 7,1% des cas le nombre des victimes au moment de l'agression n'étaient pas précisé. Ces taux expliquent que les victimes seules sont plus exposées à la violence par rapport aux victimes en groupe.

Parmi les victimes cinq étaient enceintes et se trouvaient au deuxième trimestre (entre 23SA et 28SA).

4-2-4. Les complications des violences physiques :

Les complications enregistrées ont été : les lésions cutanées avec 66,7%, des fractures 4,7%, l'hémorragie due à l'excision 2,4% et l'infibulation 2,4%.

Les lésions cutanées décrites étaient des plaies ouvertes, des contusions, des hématomes et des égratignures.

Il n'y a pas eu de complications chez seulement 23,8% des victimes. Il n'y a pas eu d'avortement ni d'accouchement prématuré.

5. Lieu de la violence :

Il découle de notre étude que 52% des violences ont lieu au domicile de l'agresseur, 24% au domicile de la victime et 20% dans les lieux publics tels que les écoles, les abords du fleuve, au bord du goudron, dans le marché, dans les cours ou concessions inhabitées

6. Les horaires de la violence :

Dans 45% des cas, les violences ont lieu précisément entre 16h-00h et 43% de 06h-16h ce qui explique que la plus part des violences ont lieu aux heures de travail et aux heures de repos.

Le taux des violences dans la nuit avancée est inférieur à celui de la journée : 12% seulement des violences sont perpétrées entre minuit et 06h du matin.

Drame B [28] trouve 52,08% entre 17h-00h.

7. Matériels utilisés :

Les coups de poing ou les coups de bâton sont souvent l'objet de satisfaction des agresseurs et sont constatés dans 57,2% et 16,5% des cas avec un faible taux d'utilisation de couteau 4,7%.

8. Etat général :

Quel que soit le type de violence, l'état général des victimes a été jugé satisfaisant dans 72,5% et passable dans 27,5% des cas.

9. Etat psychique :

La majorité des victimes (96%) avaient un état psychique normal, tandis que 4% des victimes avaient un état psychique anormal et ont bénéficié d'une consultation psychiatrique.

La prise en charge psychologique ne se fait pas dans notre centre de santé.

III. Les Examens para cliniques :

La grande majorité des victimes n'a pas effectué les examens complémentaires demandés. Il est quand même important de souligner que dans les cas où ceux-ci ont été réalisés, c'était en retard par rapport à l'évènement. Néanmoins nous avons trouvé que :

- La recherche des spermatozoïdes dans le prélèvement vaginal est positive chez seulement 3,4% des victimes de violence sexuelle.

L'Uréaplasma uréalyticum est présent à l'ECBU chez 3 victimes

- La fracture a été retrouvée chez 4,8% des victimes de violence physique.

Nous n'avons pas enregistré de cas de VIH positive chez les victimes en consultation et au cours de leurs suivies.

IV. Le Traitement

1- Le traitement médicamenteux:

Toutes les victimes de violence sexuelle en période d'activité génitale soit 20,6% des patientes ont reçu une contraception d'urgence; 18,6% n'ont pas reçu de traitement; 27,5% ont bénéficié d'une antibioprofylaxie; 25,5% des victimes ont reçu un traitement par des anti-inflammatoires et 7,8% des antiseptiques.

2-Le traitement chirurgical :

Reposait surtout sur le pansement des lésions soit dans 34,3%, la suture dans 10,8%, la désinfibulation dans 0,9%.

Dans 55cas soit 53,9% les victimes n'ont pas bénéficié de traitement chirurgical.

V. Le pronostic vital :

Le pronostic a été bon chez 95% des victimes et mauvais chez 5% des victimes.

CONCLUSION

Au terme de cette étude nous notons que les violences faites aux femmes constituent des drames et peuvent avoir des répercussions physiques, psychologiques et obstétricales à court, moyen et long terme. Car il s'agit de victimes majoritairement constituées de mineures fragiles à qui sont infligées des séquelles à vie dans un contexte où la prise en charge laisse à désirer.

RECOMMANDATIONS

► Aux autorités politiques et sanitaires:

- Assurer une prise en charge correcte des victimes de violence physique ou sexuelle
- Faire un suivi psychologique de ces victimes qui peuvent présenter des troubles psychologiques à court, moyen ou long terme.
- Renforcer les structures d'accueil dans la prise en charge des victimes des violences physiques ou sexuelles.

► Au Ministère de la sécurité et de la justice:

- Entreprendre des actions visant à renforcer la sécurité à travers toute la ville surtout les lieux propices aux éventuelles violences.
- Application stricte des textes pour condamner les auteurs des violences physiques ou sexuelles.

► A la population:

- Consulter les autorités compétentes devant tout cas de violence physique ou sexuelle et dénoncer les auteurs.
- Eviter les sorties nocturnes et ou clandestines, ainsi que la fréquentation des endroits non éclairés, et les zones de conflit.
- Se faire contrôler régulièrement par des examens cliniques et para cliniques après tout acte de violences physiques ou sexuelles.

REFERENCES

1- Dakuo H.

Etude épidémiologique-clinique des traumatismes par coup et blessures volontaires perpétrés sur les femmes dans les foyers à propos de 100 cas, thèse de médecine, Bamako 2011 n°78.

2-Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes.

3-J. Lansac \ PLECOM, TE. 5^{ème} Edition, Edition Masson.

4-ADEJAMNIP (EDS).

Jeune culture de la rue et de la violence urbaine en Afrique, Ibadan 2005 édition IFRA : 247-275.

5-Organisation Mondiale de la Santé Genève.

La santé de la femme à travers l'âge et les frontières.

6- Résolution de l'assemblée générale.

Pub: Côte d'Ivoire n°34/180 du 18 décembre 1979.

7-Résolution de l'ONU.

La violence faite aux femmes et aux filles dans les conflits 44/444, 1993.

8-Conclusion Scientific Affairs Stop Violence Against Women 1992.

9-MICHAUD Y.

« La violence » Edition que sais-je? Paris, 1992 pp3-10 Editeur PUF.

10-Dictionnaire petit Larousse Illustré Français Edition 2003, page 425-643,

Editeur Larousse.

11-Droit de l'Homme.

Recueil d'instruments internationaux volume I, première partie, Nations Unies 2002, page 197.

12-Document D'AMNESTY International Revue.

Mettre fin à la peur et à la souffrance. Amnesty International : ACT

77\002 ; 01 femme et torture.

Index I ACT\04\001, 2001.

13- KOUDOU R D.

Elément de psychologie de l'adolescent, Abidjan, éditeur PUCI, 1999.

14- Castelan Y.

La psychologie sociale Edition 2006, Paris, pp 134-145. Editeur ARMAND Colin.

15- Beridogo B.

Etude sur les violences faites aux femmes au Mali, Bamako, 2002, pp 12-25.

16- TOURNAUD P M.

Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires à l'hôpital général ; Thèse Université CLAUDE BERNARD, Lyon, UFR Faculté de médecine Lyon Nord. Année 1996; n°4.

17- Diakite M.

Les coups et blessures volontaires : aspect épidémiologique et médico-légal dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'Hôpital Gabriel Toure, thèse de médecine, Bamako 2008.

18-Journal officiel de la république du Mali.

CODE PENAL Loi N° 01-079 du 20 Aout 2001, pp 40-42.

19- ELLIOT D., BRIERE J.

Adult sexual assault: prevalence symptomatology, and sex differences in the general population. Journal of traumatic stress, 2004; 17 (3): 203-11.

20-EMMA C., CAMILLE S L.

Appareance of the hymen in adolescents is not well documented, British Medical Journal, Feb, 27, 1999.

21-OMS.

Les mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : Etude prospective concertée dans six pays d'Afrique de l'ouest. Edition Lancet 2006, 367 : 1835-1841.

22-TRAORE O.

MGF : mutilation génitales féminines, Module 2, CSRéf de la CV, Bamako, 2013.

23-EDSM-V (Enquête Démographique et de la Santé) 2012-2013.

24- Bamba D.

Traumatisme Obstétricaux au cours du travail d'accouchement chez les femmes excisées dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CV de Bamako et de la maternité de Yanfolila, thèse de médecine, Bamako, 2009, n°229.

25- MAÏGA L M.

Conséquences gynéco obstétricales de l'excision chez la fille malienne
Document de recherche, Dakar, Sénégal, 1984, p 61.

26- BARRET P. Agressions sexuelles:

Mise à jour CNOF, Paris 2004 ; 275-281.

27-Traoré A.

Violences sexuelles : aspect clinique en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de L'Hôpital Gabriel Touré, a propos de 115 cas, thèse de médecine, Bamako, 2002, n°152.

28-Drame B.

Les abus sexuels au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako a propos de 48 cas, thèse de médecine, Bamako, 2008, n°251.

29-BERGER D.

Violence sexuelles: conduite à tenir en présence d'une victime d'agression sexuelle ;
Mise à jour CNGOF, Paris, 2000.

30-Basile K., Saltzman L.

Sexual violence surveillance, uniform definition and recommended data elements version 1.0 Atlanta: centers for disease control and prevention, Journal of National Centers for In Jury prevention and control 2002.

31- Morfaux LM.

Philosophie et sciences humaines, Editeur. ARMAND colin, paris, 1980, pp 204-205.

32-Journal France soir.

33-Diarra D.

Aspect épidémiologique-clinique des agressions Sexuelles en consultation gynécologique a L'Hôpital Fousseyni Dao de Kayes, thèse de médecine, Bamako, 2012.

. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

**ETUDE EPIDEMIO- CLINIQUE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO**

Date :.....N° :.....Nom enquêteur :.....

IDENTIFICATION

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Q1 : Age :.....

Q2 : Profession : Ménagère Elève Etudiante

Commerçante Professionnelle de sexes Autres

Q3 : Si Autres à préciser.....

Q4 : L'Ethnie : Bambara Sarakolé Sénoufo Bobo Peulh

Malinké Dogon Kassonké Minianka

Q5 : Si Autres à préciser.....

Q6 : Quartier.....

Q7 : Statut matrimonial :

Marié Célibataire Veuve Divorcé Autre à préciser

Q8 : Mode d'admission

Venue d'elle-même Accompagnée par un parent

Accompagnée par la police Référée

Motif.....

Q9 : Avec réquisition **Sans réquisition**

ANTECEDENTS

➤ **Personnels**

Q10 : Antécédent personnels.....

HTA Diabète Drépanocytose Asthme

Autres à préciser

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Q11 : Au cours d'une agression sexuelle.....

Oui Non

Q12: Au cours d'un rapport sexuel consenti.....

Oui Non

Q13 : Autres circonstances à préciser

Q14 : Nombre d'agresseur.....

Q15 : Patiente seule :

Oui Non

Si non, préciser le nombre.....

Q16 : Lieu.....

Q17 : Horaire.....

Q18 : mode de Pénétration :

Vaginale Pénétration anale Pénétration buccale

Autre à préciser.....

Q19 : Matériels utilisés : Poing Genou Bâton Cravache

Barre de fer Couteau Arme à feu

Autres à préciser.....

CLINIQUE

Signes généraux :

Q20 : Etat général : Satisfaisant Passable Altéré

Q21 : Etat psychique : Normale Anormale

Si anormal préciser.....

Examen général

Q22 : Traumatismes et siège: Fracture Plaie Contusion

Hématome Egratignure

Autres à préciser :.....

Examen gynécologique :

Inspection

Q23 : Saignement : Oui Non

Q24 : Si oui préciser.....

Q25 : Ecoulement : Oui Non

Q26 : Si oui préciser.....

Q27 : Hymen : Intact défloré

Q28 : Lésions vulvaires Oui Non

Q29 : Inflammation vulvo-vaginal : Oui Non

Q30 : Si oui préciser et décrire

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen sous spéculum

Q31 : Etat du vagin : Normale Pathologique

Q32 : Si pathologique préciser.....

Q33 : Etat du col : Normale Pathologique

Q34 : Si pathologique préciser.....

Q35 : Douglas : Intact Sensible Rupture

Si rupture du Douglas décrire.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Toucher + palper

Utérus

Q36 : Taille : Normale Augmenté

Q37 : Consistance : Ferme Dure

Q38 : Contour : Régulier Irrégulier

Q39 : **Annexes** : Libre Sensible Masse annexielle

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q40 : ECBU : Normale Pathologique

Q41 : Si pathologique préciser les germes.....

Q42 : BW : Négatif Positif

Q43 : Frottis vaginal : Normal Pathologique

Q44 : Sérologie VIH : Négatif Positif

Q45 : Test UCG : Négatif Positif

Q46 : Echo pelvienne : Normale Pathologique

Q47 : Si pathologique préciser.....

Q48 : Radiographie : Normale Pathologique

Q49 : Si pathologique préciser.....

Q50 : Scanner : Normale Pathologique

Q51 : Si pathologique préciser.....

Q52 : Recherche de spermatozoïdes : Négatif Positif

TRAITEMENT

Q53 : Traitement général : Antibiotique Anti -inflammatoire Antiseptique
Antifongique

Si autre préciser

Q54 : Traitement local : Tamponnade Pansement Suture

Q55 : Si Autres /Références à précisé

PRONOSTIC

Q56 : Bon Mauvais

EVOLUTION

Q57 : Favorable Défavorable

Q58 : Si défavorable préciser.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Assétou Aly

Date et lieu de naissance : 23 septembre 1986 à France-ville (Gabon)

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2014 – 2015

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : ETUDE EPIDEMIO- CLINIQUE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

Lieu de dépôt : Bibliothèque faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique et Santé publique

RÉSUMÉ

Nous avons mené une étude rétrospective transversale descriptive au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako sur les violences faites aux femmes, qui s'étend sur 24 mois allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.

Au terme de cette étude nous sommes parvenus aux résultats suivants :

- Une fréquence de 0,53% de femmes victimes de violence physique ou sexuelle ;
- Le profil des victimes est dans la majorité des cas des mineures vivant dans des quartiers périurbains qui subissent une violence physique ou sexuelle dans des endroits non familiaux en dehors des heures de travail ;
- Le statut célibataire et la solitude constituent des facteurs prédisposant aux violences ;
- Les violences sexuelles représentent la forme la plus fréquente des violences faites aux femmes avec une notion de pénétration génito-génitale dans 81,7 % des cas ;
- La victime est non seulement exposée aux infections sexuellement transmissibles mais aussi à des complications physiques et obstétricales ;
- Il y a une insuffisance dans la prise en charge des victimes.

Ceci confirme que les violences faites aux femmes constituent des drames et peuvent avoir des répercussions physiques, psychologiques et obstétricales à court, moyen et long terme.

Mots clés : Coup et blessures volontaires, Excision, Pédophilie, Viol, Attouchement sexuel.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.